|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINAZIONE SOCIETA SPORTIVA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**AUTODICHIARAZIONE - SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONE VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**

|  |
| --- |
| NOME e COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

VISITA DI IDONEITÀ AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITÀ AGONISTICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?**

|  |  |
| --- | --- |
| Febbre >37,5° SI ▢ NO ▢ | Tosse SI ▢ NO ▢ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stanchezza  | SI ▢ NO ▢ | Mal di gola  | SI ▢ NO ▢ | Mal di testa  | SI ▢ NO ▢ |
| Dolori muscolari | SI ▢ NO ▢ | Congestione nasale  | SI ▢ NO ▢ | Nausea  | SI ▢ NO ▢ |
| Vomito  | SI ▢ NO ▢ | Perdita di olfatto e gusto  | SI ▢ NO ▢ | Congiuntivite  | SI ▢ NO ▢ |

**NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**Contatti con casi accertati COVID-19 (tampone positivo) SI ▢ NO ▢Contatti con casi sospetti SI ▢ NO ▢Contatti con familiari di casi sospetti SI ▢ NO ▢Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ▢ NO ▢Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ▢ NO ▢Proviene da un viaggio all’estero SI ▢ NO ▢Frequenta ambienti sanitari con casi accertati/sospetti SI ▢ NO ▢Se si dove: Provincia Regione Italia Estero SI ▢ NO ▢▢ Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, attesto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all’interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività agonistiche.▢ Autorizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Firma |

 |
| **DENOMINAZIONE SOCIETA SPORTIVA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**AUTODICHIARAZIONE - SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONE VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2 PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**

|  |
| --- |
| I SOTTOSCRITTI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GENITORI/TUTORI LEGALI DINOME e COGNOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

VISITA DI IDONEITÀ AGONISTICA CON CERTIFICATO IN DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SCADENZA CERTIFICATO DI IDONEITÀ AGONISTICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?**

|  |  |
| --- | --- |
| Febbre >37,5° SI ▢ NO ▢ | Tosse SI ▢ NO ▢ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stanchezza  | SI ▢ NO ▢ | Mal di gola  | SI ▢ NO ▢ | Mal di testa  | SI ▢ NO ▢ |
| Dolori muscolari | SI ▢ NO ▢ | Congestione nasale  | SI ▢ NO ▢ | Nausea  | SI ▢ NO ▢ |
| Vomito  | SI ▢ NO ▢ | Perdita di olfatto e gusto  | SI ▢ NO ▢ | Congiuntivite  | SI ▢ NO ▢ |

**NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**Contatti con casi accertati COVID-19 (tampone positivo) SI ▢ NO ▢Contatti con casi sospetti SI ▢ NO ▢Contatti con familiari di casi sospetti SI ▢ NO ▢Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ▢ NO ▢Contatti con febbre o sintomi influenzali (no tampone) SI ▢ NO ▢Proviene da un viaggio all’estero SI ▢ NO ▢Frequenta ambienti sanitari con casi accertati/sospetti SI ▢ NO ▢Se si dove: Provincia Regione Italia Estero SI ▢ NO ▢▢ Io sottoscritto/a come sopra identificato/a, attesto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all’interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività agonistiche.▢ Autorizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg.Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Firma |

 |